

介護保険 送付先変更届出書（新規・変更・廃止）

年 月 日

宇城市長 様

届出人 住所
 氏名
 電話番号
 被保険者との関係（ ）

次のとおり、介護保険に関する書類等の送付先を変更されますよう届け出ます。

被 保 険 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日
	被保険者番号	
送 付 先	住 所	〒
	宛 名	
	電 話 番 号	
	被保険者との関係	
変更の理由	1 施設等への入所 2 郵便物の管理をしている 3 その他（ ）	

※注意：送付先を変更・廃止する場合には、再度ご提出ください。

【本人同意欄】
 介護保険にかかる書類について、届出書の送付先へ送付することに同意します。
 ※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

被保険者氏名 _____

【市記入欄：届出人本人確認書類】
 1点： マイナンバーカード 運転免許証 介護支援専門員証 障害手帳 その他（ ）
 2点： 被保険者証 健康保険証 通帳 キャッシュカード その他（ ）

入力担当者	入力日
	年 月 日